

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01377 vom 8. April 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-04-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01377](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01377)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01377 du 8 avril 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01377 del 8 aprile 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1968 und Mutter dreier erwachsener Kinder, war vom 1. Oktober 2001 bis 30. Juni 2016 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Client Service Assistant tätig, wobei der letzte Arbeitstag der 18. November 2015 war (Urk. 6/24). Unter Hinweis auf diverse somatische und psychische Beschwerden meldete sich die Versicherte am 19. Februar 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Krankentaggeldversicherung bei (Urk. 6/14) und holte bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, ein bidisziplinäres Gutachten ein, das am 12. April 2017 (bzw. korrigiert am 27. Juni 2017) erstattet wurde (Urk. 6/51; Urk. 6/55).

Nach durgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/58; Urk. 6/60; Urk. 6/63) ver neinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 23. November 2017 einen Rentenanspruch (Urk. 6/66 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbs unfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E.

6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art.

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

### **E. 2**

Die Versicherte erhob am 20. Dezember 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 23. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihr spätestens ab dem 1. September 2016 eine ganze IV-Rente auszurichten, eventuell sei ein umfassendes polydisziplinäres Gutachten einzuholen und subeventuell seien ihr Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1. Februar 2018 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin am 20. Februar 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid (Urk. 2) damit, dass das eingeholte Gutachten den Anforderungen genüge. Sämtliche Erkrankungen seien medizinisch behandelbar. Für etwaige Eingliederungsmassnahmen müsse die Beschwerdeführerin motiviert sein und sich arbeitsfähig fühlen, was nicht der Fall sei (S. 1 f.).

Mit Beschwerdeantwort (Urk. 5) ergänzte die Beschwerdegegnerin, dass bei der bidisziplinären Untersuchung in den Fachrichtungen Psychiatrie und Rheumatologie eine Fibromyalgie, eine chronische Müdigkeit mit Hinweis auf eine Erschöpfungs symptomatik, eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom sowie eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden seien (S. 1). Die durchgeführte Ressourcenprüfung habe ergeben, dass Ressourcen vorhanden seien, kein sozialer Rückzug zu erkennen sei und ausserdem verschiedene Inkonsistenzen festgestellt worden seien. Ebenso fehle es an einem erheblichen Leidensdruck. Der Beschwerdeführerin stünden Behandlungs- bzw. Therapieoptionen offen. Eine langandauernde, IV-relevante Erkrankung liege damit nicht vor (S. 2).

## **E. 2.2**

Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin geltend (Urk. 1), das eingeholte bidisziplinäre Gutachten überzeuge aus – näher dargelegten – Gründen nicht (S. 10 ff.). Die Therapiefähigkeit sei kein Ausschlussgrund für die Entstehung eines Rentenanspruches. Gestützt auf die medizinischen Akten sei sie seit dem 21. September 2015 vollständig erwerbsunfähig, weshalb sie nach Ablauf des Wartjahres ab dem 1. September 2016 Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 13). Selbst bei Berücksichtigung des schwer verständlichen bidisziplinären Gutachtens hätte sie unter Gewährung eines 15%igen Leidensabzugs Anspruch auf eine Dreiviertelsrente (S. 13 ff.).

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt in genügender Weise abgeklärt hat. 3. 3.1

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, berichtete der Beschwerdegegnerin am 16. März 2016 (Urk. 6/20/6-8). Er nannte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein rezidivierendes panvertebrales Syndrom bei leichter Fehlf orm der Wirbelsäule und degenerativen Veränderungen mit generalisiertem weichteilrheumatischem Syndrom sowie ein femoro -patellares Schmerzsyndrom rechts. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts sowie eine Tendovaginitis stenosa

Dig . III rechts (Ziff. 1.1).

Er habe die Beschwerdeführerin von August 1993 bis September 2015 behandelt (Ziff. 1.2). Anamnestisch bestünden seit 1993 leicht progrediente, anfänglich lumbale, in der Folge panvertebrale Rückenschmerzen mit allmählicher Entwicklung eines generalisierten weichteilrheumatischen Syndroms. 14 der klassischen Fibromyalgie-Druckpunkte seien schmerzhaft (Ziff. 1.4). Es bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der Wirbelsäule. Die Schmerzen verstärkten sich bei Flexion und beim Heben von Lasten (Ziff. 1.7). Seit dem 25. September 2015 bestehe bis auf Weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, mithin für eine leichte körperliche Arbeit im Wechsel von Sitzen und Stehen und ohne Heben von Lasten, liege die Arbeitsfähigkeit medizinisch theoretisch bei 60 % (Ziff. 1.7). 3.2

Fachpsychologin lic. phil. C.\_\_\_\_ nahm mit Bericht vom 6. April 2016 (Urk. 6/23) Stellung zu den Fragen der IV-Stelle. Sie führte aus, die Beschwerdeführerin leide an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) auf dem Hintergrund einer

langandauernden Überlastungssituation mit Erschöpfungszustand und einer akzentuierten Persönlichkeit mit perfektionistischen, anankastischen und selbstunsicheren Zügen sowie an einem Fibromyalgiesyndrom (Ziff. 1). 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete der Beschwerdeführerin am 21. Juli 2016 (Urk. 6/29). Er nannte als Diagnosen eine Erschöpfungsdepression, eine fragliche Fibromyalgie, ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom sowie ein chronisches lumbospodylogenes Syndrom. Er führte aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom, möglicherweise eine Fibromyalgie. Daneben bestehe eine depressive Entwicklung bei chronischer psychosozialer Belastungssituation. Von der bislang in der Klinik E.\_\_\_\_ durchgeführten ambulanten Physiotherapie habe die Beschwerdeführerin nicht profitiert. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin arbeitsunfähig. Er sei der Meinung, dass ein mehrwöchiger Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik durchgeführt werden müsste, damit die Beschwerdeführerin klar beurteilt werden und ein Fortschritt erreicht werden könne (S. 1). 3.4

Die Beschwerdeführerin war vom 22. August bis 30. September 2016 in der Klinik F.\_\_\_\_ hospitalisiert. Die Ärzte diagnostizierten im Austrittsbericht vom 17. Oktober 2016 (Urk. 6/34) eine chronifizierte generalisierte Schmerzstörung im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine mittel schwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) mit akzentuierten Persönlichkeitszügen (S. 1 oben). Die Ärzte führten aus, die Beschwerdeführerin sei bei chronischen ausgedehnten Schmerzen, Schlafstörung mit Erschöpfung und Depression von ihrem Hausarzt zugewiesen worden. Sie sei im September 2015 krankgeschrieben worden und habe die Kündigung per Juli 2016 erhalten. Ihr Ehemann sei an einer Psoriasisarthritis erkrankt und IV-Bezüger. Vor einigen Monaten habe die Beschwerdeführerin eine psychotherapeutische Behandlung bei Frau C.\_\_\_\_ begonnen. Sie sei im multimodalen Therapieprogramm mit Einzelpsychotherapie, Psychoedukation zum Thema chronischer Schmerz in der Gruppe, Sozialberatung, Kreativtherapien und angepasster Bewegungstherapie, behandelt worden.

In der Bewegungstherapie habe sich bei Eintritt eine deutliche Dekonditionierung gezeigt. Die Beschwerdeführerin habe regelmässig am Bewegungsprogramm teilgenommen und sich so im Verlauf der Gehtests gesteigert. In der Sozialberatung sei die Situation mit der Invalidenversicherung besprochen worden. Die Beschwerdeführerin wünsche längerfristig berufliche Massnahmen durch die IV (S. 2). In den zehn Einzelgesprächen sei ihre Tendenz zur Überanpassung und Ängstlichkeit thematisiert worden. Es sei ihr im Verlauf gelungen, in Ansätzen ihr Verhalten und Denken zu reflektieren. Insgesamt habe sie den Aufenthalt doch als sehr positiv bewertet. Sie habe sich mehr bewegt, sei körperlich besser belastbar, nehme ihren Körper besser wahr, der Schlaf sei etwas besser geworden und sie sei zu sich selbst und zur Ruhe gekommen. In der psychometrischen Testung ergäben sich keine grossen Veränderungen. Für die Dauer des Klinikaufenthaltes habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 3). 3.5

Am 12. April 2017 (Urk. 6/51 beziehungsweise korrigiert Urk. 6/55) erstatteten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ ein bidisziplinäres Gutachten gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen der Beschwerdeführerin am 14. (psychiatrisch) und 28. Februar 2017 (rheumatologisch). In der Konsensbeurteilung nannten sie die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47 Ziff. 1.1): - generalisierendes nicht näher spezifizierbares weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom - erfüllte Kriterien mit für eine

Fibromyalgie 18 von 18 positiven Tender points und multiplen Kontrollpunkten - im Sinne einer generalisierten Allodynie - ohne somatisch-strukturelles Weichteilkorrelat - chronische Müdigkeit mit Hinweis für eine Erschöpfungssymptomatik bei gestörtem Durchschlaf DD: Chronic Fatigue-Syndrom - leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Ausprägung eher mittelgradig

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter mehrsegmentale, zum Teil fortgeschrittene Chondrosen und Osteochondrosen mit degenerativ bedingter Streckhaltung zwischen Halswirbelkörper (HWK) 4 und 7 sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD

#### **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

#### **E. 10**

F43.21) bis Juli 2016 (S. 47 f. Ziff. 1.2).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Beschwerdeführerin wirke introvertiert und bereits bei geringen Anforderungen überfordert. Nebst einem reduzierten Selbstvertrauen fänden sich eine ausgeprägte Gewissenhaftigkeit und Zuverlässigkeit (S. 14 unten). Die Beschwerdeführerin gebe selber an, sie hätte erhebliche Probleme mit dem Antrieb. Andererseits könne sie in den Urlaub fahren, Grillfeste arrangieren und innerhalb der Familie funktionieren. Der Tagesablauf sei jedoch von einer erheblichen Antriebslosigkeit geprägt. Des Weiteren könne in der Untersuchungssituation die Aufmerksamkeit gelenkt werden und es fände sich eine geringgradige Beeinträchtigung in der strukturierten Erfassung des Gedächtnisses (S. 15). Die Beschwerdeführerin wirke gering schwingungsfähig und affektiv eingeschränkt. Es komme zur situationsunangepassten Zurückhaltung und Überängstlichkeit. Es liege eine schwerstgradige Beeinträchtigung der Selbstwahrnehmung vor, da die Beschwerdeführerin sich aktuell nur noch als Schmerz definiere (S. 16). Die Beschwerdeführerin gebe an, sie sei aufgrund der fehlenden Leistungsfähigkeit in der letzten Arbeitsstelle entlassen worden. Im Gegensatz hierzu gebe sie jedoch eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation nach der Umwandlung und dem sogenannten Outsourcing der eigenen Arbeitsstelle an. Aktuell fänden sich jedoch ab etwa Juli 2016 keine solchen Belastungssituationen mehr. Hingegen fänden sich - näher ausgeführt - Hinweise auf eine Aggravation der Symptome (S. 17). In der Untersuchungssituation seien Einschränkungen bezüglich Merkfähigkeit aufgefallen, die jedoch im Gesamtkontext nicht einzuordnen seien. Insgesamt fänden sich jedoch nur geringe Störungen kognitiver Funktionen. Es bestünden Symptome einer leichten depressiven Erkrankung, die etwa ab Februar 2016 zu diagnostizieren sei. Auch ein somatisches Syndrom sei aktuell nicht darstellbar. In den Akten und in den anamnestischen Angaben fänden sich genügend Anhaltspunkte, dass eine leichtgradige bis mittelgradige

depressive Erkrankung ab Juli 2016 diagnostizierbar sei. Ebenfalls sei ab Juli 2016 ausreichend sicher eine somatoforme Schmerzstörung mittelgradiger Ausprägung zu diagnostizieren (S. 23 oben). Innerhalb der Aktenlage fänden sich verschiedene Hinweise auf die Überforderungssituationen der Beschwerdeführerin, die sie nur mittels Schmerzsymptomatik lösen könne. Auch innerhalb der Untersuchungssituation selber fänden sich immer wieder Hinweise, dass die Beschwerdeführerin per se überfordert mit dem Stellen eigener Ansprüche sei. Es fänden sich somit einerseits hohe emotionale Konflikte und psychosoziale Probleme (S. 23 unten). Als komorbide Erkrankung sei eine leicht gradig ausgeprägte depressive Erkrankung zu nennen. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin komme es nicht zur sozialen Isolation (S. 24 oben).

Der rheumatologische Gutachter hielt fest, der pathologische Befund entspreche einer generalisierenden Weichteilmissempfindung, die er nicht näher spezifizieren könne, mit multiplen Tenderpoints an oberer und unterer Extremität und pan-/paravertebral betont im Bereiche der Schultergürtelregion und hochparathorakal, jedoch ohne strukturelles Korrelat. Es bestehe eine segmental freie Beweglichkeit des Achsenskelettes und der peripheren Gelenke, ohne reproduzierbare schmerzauslösende oder pathologische Bewegungsausschläge. Der Befund entspreche einer generalisierenden Weichteildruckdolenz im Sinne einer generalisierenden Fibromyalgie oder Allodynie (S. 41).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde von den Gutachtern ausgeführt, bezogen auf ein volles Pensum bestehe aus rheumatologischer Sicht für eine leichte bis zeitweise wechselbelastende, selten mittelschwere Tätigkeit und jede andere ähnliche Verweistätigkeit eine bleibende 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die 20%ige verbleibende Arbeitsunfähigkeit diene dazu, die Ruhepausen einhalten zu können (S. 51 oben). Aus psychiatrischer Sicht und basierend auf der leichten bis teilweise mittelgradigen depressiven Erkrankung und der mittelgradigen somatoformen Störung sei in der angestammten und angepassten Tätigkeit von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 51 Mitte). Da die psychiatrische Symptomatik die orthopädische miteinschliesse und ab Juli 2016 auszusprechen sei, resultiere in der Gesamtbeurteilung ab diesem Datum eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit (Urk. 6/55 korrigierte S. 51 unten). In einer angepassten Tätigkeit (leichte bis zeitweise wechselbelastende, selten mittelschwere Tätigkeit) und jede andere ähnliche Verweistätigkeit bestehe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise 60%ige Arbeitsfähigkeit (S. 52 Mitte). Unter Berücksichtigung der empfohlenen therapeutischen Möglichkeiten (stationäre Therapie, antidepressive Medikation; vgl. S. 50), welche von der Beschwerdeführerin aktuell abgelehnt würden, sei von einer erheblichen weiteren Besserung auszugehen. Die Therapiemaßnahmen seien sinnvoll und zumutbar. Innerhalb einer Frist von zwei Jahren bestehe die Möglichkeit einer deutlichen Verbesserung zwischen 10 und 30 % (S. 52 Mitte). 3.6

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete in seiner Stellungnahme vom 26. April 2017 (Urk. 6/56 S. 4-6) die Befunde und Diagnosen des eingeholten bidisziplinären Gutachtens (vgl. vorstehend E. 3.5) als plausibel und nachvollziehbar. Er legte das Belastungsprofil wie folgt fest: Leichte bis zeitweise wechselbelastende, selten mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Gewichten, ohne kalte und feuchte Exposition (S. 5). Bezüglich einer künftigen Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin führte er aus, eine

Verbesserung sei unter entsprechenden Therapiemassnahmen innerhalb von zwei Jahren im Umfang von 10 bis 30 % zu erwarten. Es werde eine Weiterführung der stationären Therapie dringend empfohlen, ebenso die Weiterführung der begonnenen therapeutischen Schritte (pharmakotherapeutisch, Sport- und Entspannungstherapie, verhaltens therapeutische Schritte). Vor Juli 2016 sei nicht von einer IV-relevanten Arbeits unfähigkeit auszugehen (S. 6). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde mit ergänzender Stellungnahme vom 3. Juli 2017 (Urk. 6/56 S. 7-8) ausgeführt, in der bisherigen Tätigkeit als Archivmitarbeiterin bestehe seit Juli 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, in einer angepassten Tätigkeit gemäss Belastungsprofil ab Juli 2016 eine solche von 40 % (S. 7). 3.7

Gestützt auf das psychiatrische (Teil-)Gutachten nahm die Beschwerdegegnerin eine Ressourcenprüfung (vgl. vorstehend E. 1.2) vor (Urk. 6/56 S. 7-10). Hinsichtlich des funktionellen Schweregrads wurde die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde als überwiegend leichtgradig erachtet. 4. 4.1

Der psychiatrische Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und der rheumatologische Gutachter Dr. A.\_\_\_\_

Facharzt für Innere Medizin, speziell Rheumatologie, so dass beide Ärzte zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin grundsätzlich befähigt sind. Das interdisziplinäre Gutachten (vgl. vorstehend E. 3.5) erscheint denn auch für die streitigen Belange umfassend und berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin. Zudem wurde es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen wurden nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt das Gutachten grundsätzlich die praxis gemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehend E. 1.4). 4.2

Die Gutachter diagnostizierten ein generalisierendes, nicht näher spezifizierbares, weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom, eine mittelgradige somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie eine leichtgradige depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00). Sie attestierten der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine solche von 40 % in einer Verweistätigkeit (vgl. vorstehend E. 3.5).

Die Beschwerdeführerin leidet somit unter keinen invalidisierenden somatischen Erkrankungen beziehungsweise gemäss Diagnose von Dr. A.\_\_\_\_ an einem generalisierenden, nicht näher spezifizierbaren, weichteilrheumatologischen Schmerzsyndrom in Form einer Fibromyalgie beziehungsweise somatoformen Schmerzstörung (vgl. vorstehend E. 3.5). Dabei handelt es sich indes nicht um organisch feststellbare Befunde, sondern um psychische Erkrankungen beziehungsweise psychosomatische Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3), was gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht aus somatischer, sondern aus psychiatrischer Sicht zu überprüfen ist (vgl. nachstehend E. 4.3.1).

Es ist nachfolgend aus rechtlicher Sicht zu beurteilen, ob aufgrund der somatoformen Schmerzstörung und der depressiven Erkrankung, gegenwärtig leichtgradig, ohne somatisches Syndrom, eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. 4.3

#### 4.3.1

Nach der allgemeinen Beweisregel (Art. 8 ZGB) hat die versicherte Person die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch. Mit anderen Worten wird bei Beweislosigkeit vermutet, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirkt: Vermutet wird Validität, nicht Invalidität. An diesem Nachweis kann es unter mehreren Aspekten mangeln: Die Einschränkung ist nicht gesundheitlich, sondern sozial/soziokulturell bedingt (1); die gesundheitliche Einschränkung ist nicht evident, wiegt nicht schwer, sodass sie überwindbar und der versicherten Person die Verrichtung einer adaptierten Tätigkeit dennoch zumutbar ist (2); die Einschränkung ist medizinisch angeh- oder gar heilbar (3); die Einschränkung ist nur vorübergehender Natur, sei es, weil sie von selbst oder nach einer medizinischen Behandlung abklingt (4). Die entsprechenden Elemente (gesundheitlicher Charakter, Evidenz und Erheblichkeit, Unheilbarkeit und Dauerhaftigkeit der Beeinträchtigung) sind stets - auch ausserhalb der unklaren Beschwerdebilder - nachzuweisen, damit ein Anspruch auf eine Dauerleistung der Invalidenversicherung geltend gemacht werden kann (BGE 139 V 547 E. 8.1 und E. 9.4, BGE 140 V 290 E. 3.3.1).

Den unklaren Beschwerden ist eigen, dass mittels klinischer psychiatrischer Untersuchungen weder Pathologie noch Ätiologie erklärbar sind (BGE 139 V 457 E. 9.4). Gemäss der seit BGE 130 V 352 geltenden Rechtsprechung genügt die Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren Beschwerdebildes ohne organische Grundlage und die allein darauf gestützte medizinische Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht zum Nachweis einer rentenbegründenden Invalidität.

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine Invalidität zu bewirken vermögen, grundlegend überdacht und teilweise geändert (BGE 141 V 574 E. 3.4). Es erfolgte damit nicht eine Änderung der Voraussetzungen für den Leistungsanspruch, sondern die Schaffung neuer Standardindikatoren für dessen Beurteilung und eines strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahrens (BGE 141 V 281 E. 3.6 und E. 6, BGE 141 V 585 E. 5.3). Unverändert ist auch in Zukunft dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge der objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der die materielle Beweislast tragenden versicherten Person auszugehen ist (BGE

141 V 281 E. 3.7.2 unter Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 8.1, BGE 141 V 585 E. 5.3).

Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits vor der Praxisänderung gemäss BGE

141 V 281 ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substanziell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist (BGE 140 V 193 E. 3.2, BGE 139 V 547 E. 9.2.1). Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr in BGE 141 V 281 konkretisiert. Aus den medizinischen Unterlagen muss genauer als bisher ersichtlich sein, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und – in der Folge – Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnose relevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan

werden kann, trägt weiterhin die materiell beweislasterlastete ver sicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ver gleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind (BGE 141 V 281 E. 6, BGE 141 V 574 E. 4.2). 4.3.2

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto

ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte ( Art. 7 Abs. 2 ATSG ). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweisen). 4.3.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 4.3.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) -

Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

#### 4.3.5

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten - allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl.

Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C\_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2).

Zum Komplex Gesundheitsschädigung ist in Bezug auf den Indikator Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde festzuhalten, dass bei der Beschwerdeführer in diverse Einschränkungen bestehen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. Z.\_\_\_\_ anhand des Instruments ICF APP 1 eruiert worden sind. So sind das Selbstvertrauen, die Funktionen der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses sowie die Funktionen des Denkens der Beschwerdeführerin leicht bis mittelgradig beziehungsweise geringgradig beeinträchtigt. Ebenso bestehen in den Funktionen der psychischen Energie und des Antriebs sowie in den emotionalen Funktionen eine leichte Einschränkung. Hingegen besteht in der Selbstwahrnehmung und Zeitwahrnehmung eine schwerstgradige Beeinträchtigung. In der psychischen Stabilität sowie in höheren kognitiven Funktionen ist die Beschwerdeführerin hingegen nicht eingeschränkt (vgl. Urk. 6/51 S. 14 ff. Ziff. 1.2). Es bestanden zwar psychosoziale Faktoren, namentlich nach der Umwandlung und dem sogenannten Outsourcing der Arbeitsstelle, jedoch ab Juli 2016 gab es keine Belastungssituationen mehr (vgl. Urk. 6/51 S. 17 Ziff. 1.4).

In Bezug auf den Indikator Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2015 in psychotherapeutischer Behandlung befindet, aktuell einmal wöchentlich, und eine antidepressive Medikation erhalten, diese aber jedoch selbständig abgesetzt hat

(vgl. Urk. 6/51 S. 20 Ziff. II.1.4). Dr. Z.\_\_\_\_ legte sodann dar, dass eine antidepressive Medikation regelmässig einzunehmen sei und darüber hinaus auch Physiotherapie, Ergotherapie, Sporttherapie und Entspannungstherapie eine Besserung der Arbeitsfähigkeit innerhalb von zwei Jahren zu bewirken vermögen (Urk. 6/51 S. 30 Ziff. V.4).

In Bezug auf die Komorbidität ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin an einer leichtgradigen depressiven Episode ohne somatisches Syndrom und an einer mittelgradig ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung sowie an einem generalisierenden, nicht näher spezifizierbaren, weichteilrheumatischen Schmerzsyndrom leidet. Weitere Komorbiditäten sind nicht ersichtlich.

Zum Komplex Persönlichkeit und zum sozialen Kontext ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben nur über geringe persönliche Ressourcen verfügt, zumal auch ihr Ehemann selber IV-berentet ist und es in der Beziehung zur gegenseitigen Verstärkung und zu wenigen persönlichen Ressourcen kommt (Urk. 6/51 S. 18 Ziff. I.8). Hingegen erledigen beide Ehegatten gemeinsam den Haushalt und gehen einkaufen. Zusätzlich gehen sie in den Urlaub ins eigene Haus in Kroatien, pflegen Kontakt mit Tochter und Sohn, welcher noch zu Hause lebt, jedoch aktuell Militärdienst leistet (Urk. 6/51 S. 21 f. Ziff. II.2.1 f.).

Zu prüfen ist weiter die Konsistenz. Hinsichtlich des Gesichtspunkts der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ist festzuhalten, dass erhebliche Diskrepanzen vorliegen. Die Beschwerdeführerin sieht sich zu 100 % arbeitsunfähig, eine Wiederaufnahme der Arbeit als nicht vorstellbar. Ebenso fänden aus ihrer Sicht keinerlei soziale Aktivitäten statt. Demgegenüber pflegt die Beschwerdeführerin Kontakt mit ihrer Tochter, kann die Verwandtschaft zu Besuch empfangen und Grillfeste durchführen sowie in die Ferien fahren. Ebenso kann sie ihren Haushalt selber versorgen, einkaufen gehen und bürokratische Anforderungen des Alltages erledigen (Urk. 6/51 S. 29 Ziff. V.2).

Hinsichtlich des Gesichtspunkts des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist schliesslich festzuhalten, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2015 in gegenwärtig einmal wöchentlich psychotherapeutischer Behandlung befindet und die verschriebenen antidepressiven Medikamente nicht einnimmt (Urk. 6/51 S. 10 oben; S. 20 Ziff. II.1.4). Nach der Rechtsprechung ist die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung (Urteile des Bundesgerichts 8C\_625/2016 vom 24. Januar 2017 E. 3.4.1, U 510/05 vom 20. März 2007 E. 3.3 und I 824/06 vom 13. März 2007 E. 3.1 mit Hinweisen, in: SVR 2008 IV Nr. 7 S. 19).

Dr. H.\_\_\_\_

war sodann der Ansicht, dass die antidepressive Medikation regelmässig einzunehmen sei und dass mit einer adäquaten therapeutischen Betreuung von einer weiteren Verbesserung der Arbeitsfähigkeit innerhalb von zwei Jahren um zirka 10-30 % ausgegangen werden könne (Urk. 6/51 S. 30 Ziff. V.4 f.). Mit anderen Worten werden die therapeutischen Optionen von der Beschwerdeführerin nicht ausgeschöpft, was bei zumindest nicht vollständig vorliegender Therapieadhärenz auf keinen beziehungsweise nur geringen krankheitsbedingten Leidensdruck schliessen lässt.

Auch äusserte der psychiatrische Gutachter Erstaunen darüber, dass die Beschwerdeführerin angesichts der geltend gemachten starken Schmerzen keinerlei Schmerzmittel einnimmt. Dies sei im gesamten bisherigen Untersuchungszeitraum von somatoformen Störungen bislang nicht vorgekommen. Er erachtete die Nichteinnahme von Schmerzmitteln als ungewöhnlich. Darüber hinaus wies er darauf hin, dass die

Beschwerdeführerin teilweise vergessen habe, Schonhaltungen einzunehmen. Bei Ablenkung oder Konfrontation konnte eine normale Körperhaltung und eine normale Gestik ausgeführt werden (Urk. 6/51 S. 23 Ziff. III.1) . Schliesslich stellte der Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ auch Hinweise auf eine Aggravation der Symptome fest, so zum Beispiel bezüglich Merkfähigkeit und hinsichtlich sozialer Kontakte (Urk. 6/51 S. 17 Ziff. I.4). 4.5

Zusammenfassend konnte anhand der Indikatoren keine funktionelle n

Auswirkungen der mittelgradig ausgeprägten somatoformen Schmerzstörung und der leichten depressiven Episode - unter Berücksichtigung der nicht besonders schweren diagnoserelevanten Befunde, des vorhandenen Aktivitätsniveaus , der Aggravation der Symptome und des behandlungsanamnestisch nicht ausgewiesenen Leidensdruckes - schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt werden . Die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen hat im Rahmen der umfassenden Betrachtung kein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit gezeigt. Damit wurde der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nicht geleistet

und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweisen). Damit ist aus psychiatrischer Sicht nicht auf die von Dr. Z.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 40 % für angepasste Tätigkeiten abzustellen . Vielmehr ist von einer seit Juli 2016 bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. 4.6

Soweit die Beschwerdeführerin das Gutachten mit dem Hinweis kritisiert, dass interdisziplinäre Gutachten sei in Verletzung von BGE 141 V 281 ohne Indikatorenprüfung vorgenommen worden (Urk. 1 S. 11), ist anzumerken, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren (vgl. vorstehend E. 4.3.5) . Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht, was vorliegend gemäss den vorstehenden Ausführungen zutreffend ist.

Ebenso wenig vermag auch die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.6) etwas an der medizinischen Feststellung zu ändern, da er lediglich die Verwertbarkeit des Gutachtens bejahte und das Belastungsprofil fest legte. Hingegen ist er kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, weshalb seine Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht gehört werden kann. 5.

5.1

Aufgrund dieser Erwägungen zur Schwere des Leidens und zu dessen Konsistenz lässt sich im Ergebnis nicht beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Rentenprüfung zum Schluss gelangte, eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit sei entgegen der Einschätzung der interdisziplinären Gutachter sowie den übrigen behandelnden Ärzten zu verneinen. Mithin hat sie zu Recht erkannt, dass die Voraussetzungen von Art. 7 ATSG nicht erfüllt sind. 5.2

Bei diesem Ergebnis erübrigt sich ein Einkommensvergleich.

Selbst wenn auf die rheumatologische Einschätzung von Dr. A.\_\_\_\_ abgestellt werden würde, welcher eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit für zusätzliche Ruhepausen attestierte (vgl.

vorstehend E. 3.5) sowie unter Berücksichtigung des vom RAD festgelegten Belastungsprofils (leichte bis zeitweise wechselbelastende, selten mittelschwere Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von schweren Gewichten, ohne kalte und feuchte Exposition, vgl. vorstehend E. 3.6), wäre der Schwellenwert für die Ausrichtung einer Rente gestützt auf die – unbesehen übernommenen - Zahlen der Beschwerdeführerin nicht erreicht. Ausgehend von einem ermittelten Valideneinkommen im Jahr 2016 von rund Fr. 66'632.-- und einem gestützt auf die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2014, Tabelle T\_1b, Ziff. 96) veranschlagten Invalideneinkommen von Fr. 46'130.-- (vgl. Urk. 1 S. 14), würde ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad von rund 31 % resultieren. Ein Abzug vom Tabellenlohn wäre bei dieser Konstellation, da bereits in der 20%igen Einschränkung enthalten, trotz gegenteiliger Meinung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 14 f.), nicht angebracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_366/2015 vom 22. September 2015 E. 4.3.1 mit Hinweisen). 5.3

Schliesslich rügt die Beschwerdeführerin, die Vorinstanz habe den Anspruch auf berufliche Massnahmen zu Unrecht

verneint (Urk. 1 S. 17 f. Ziff. 8).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen setzt einen Eingliederungswillen beziehungsweise eine Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt es daran, so entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_569/2015 vom 17. Februar 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Gemäss den Ausführungen der Gutachter (vgl. vorstehend E. 3.5) erachtet sich die Beschwerdeführerin als vollständig arbeitsunfähig, sieht sich nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und verfügt weder über den Willen noch über die Motivation zur Aufnahme einer solchen. In Anbetracht dessen ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat. Zwar mögen berufliche Massnahmen auch bezwecken,

subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf

indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der

versicherten Person. Sollte die Beschwerdeführerin in

ihre Haltung geändert haben und an einer

Eingliederungsmassnahme ernsthaft teilnehmen wollen, kann sie sich bei Erfüllung der übrigen Voraussetzungen bei der IV-Stelle erneut anmelden,

welche darüber neu zu verfügen hätte (BGE 130 V 64 E. 2). 6.

Nach dem Gesagten erweist sich die Verfügung als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterlegenen Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Tobias Figi -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Mosimann  
Brühwiler

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.